

Número de Afiliación

**POR FAVOR, ESCRIBA TODOS LOS DATOS EN MAYÚSCULAS**

### DATOS PERSONALES

D.N.I./C.I.F.	Apellidos		Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Fecha Nacimiento	Domicilio (calle, plaza, urbanización, etc.)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
C. Postal	Localidad	Provincia	Teléfono fijo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Teléfono móvil	Teléfono trabajo
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección Correo Electrónico			
<input type="text"/>			

(Escriba con letra clara, distinguiendo mayúsculas de minúsculas, poniendo una letra en cada espacio)

### DATOS PROFESIONALES

TITULACIÓN (Medicina, Farmacia, Veterinaria, Psicología...)	<input type="text"/>		
GRADO:	Licenciado/a <input type="checkbox"/>	Doctor/a <input type="checkbox"/>	Especialidad <input type="text"/>
Número de Colegiado/a:	<input type="text"/>	Ejercicio Libre / Compañías:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

### DATOS LABORALES

TIPO DE NOMBRAMIENTO	Estatutario <input type="checkbox"/>	Funcionario <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	M.I.R. <input type="checkbox"/>
NO PROPIETARIOS	Interino <input type="checkbox"/>	Sustituto <input type="checkbox"/>	Eventual <input type="checkbox"/>	En paro <input type="checkbox"/>
PROPIETARIOS	Destino Definitivo <input type="checkbox"/>	Destino Provisional <input type="checkbox"/>	Promoción Interna Temporal <input type="checkbox"/>	Comisión de Servicio <input type="checkbox"/>

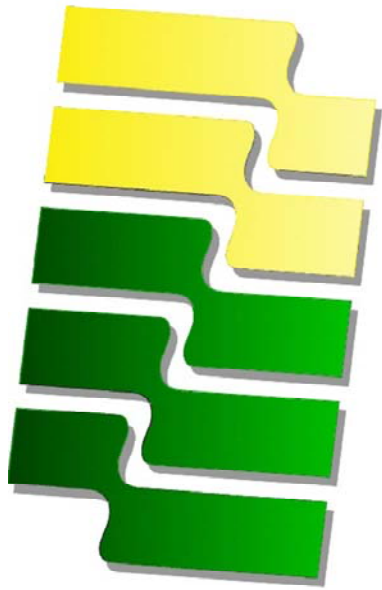
### SOLO ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Area Hospitalaria	Hospital / Centro de Especialidades / Pabellón	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Servicio	Categoría* (F.E.A., Jefe de Sección, etc.)	Especialidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* Si es M.I.R., refleje aquí la fecha de finalización de este periodo

### SOLO ATENCIÓN PRIMARIA

Distrito Sanitario	Zona Básica de Salud	Centro de Salud / Consultorio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Médico de Familia / General EBAP <input type="checkbox"/>	Pediatra EBAP <input type="checkbox"/>	SEU / SNU <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/>
CATEGORÍA:	DCCU <input type="checkbox"/>	SCCU <input type="checkbox"/> Refuerzo / Dispositivo <input type="checkbox"/> PCA <input type="checkbox"/> Otros <input type="text"/>



# SMS

Sindicato Médico de Sevilla

*UNA PROFESION, UN SINDICATO*

*TÚ SINDICATO*



“De conformidad con lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal, consiento que mis datos sean incorporados a un fichero responsabilidad del **Sindicato Médico de Sevilla**. La finalidad del fichero será la inscripción, gestión, asesoramiento, y cobro de cuotas sindicales de nuestros afiliados, siendo posible la cesión de dichos datos al **Sindicato Médico Andaluz** para la correcta contabilización del nº de afiliados, así como a AXA Seguros para la gestión de la relación del servicio prestado. Así mismo declaro haber sido informado sobre la responsabilidad de ejercitar los derechos de A.R.C.O. dirigiéndome a **Sindicato Médico de Sevilla** en Avda. Ramón y Cajal, 9 Edif. Isla, entreplanta B, 41005-Sevilla, o mediante correo electrónico: [smsevilla@smsevilla.org](mailto:smsevilla@smsevilla.org)”

El acceso a la Asesoría Jurídica del Sindicato es libre y gratuito, pero para poder sostenerla económicamente, La Asamblea General aprobó que en los pleitos ganados, el afiliado colaboraría económicamente con el sindicato en los siguientes porcentajes:

**2% (DOS)** en aquellos casos que surgen a iniciativa del SMS, que suelen ser colectivos y que suelen ser secundarios a campañas institucionales.

**5% (CINCO)** en los casos que surgen por iniciativa propia de los afiliados en concreto, que suelen ser por interés personal.

De igual modo aquellos pleitos perdidos que conlleven el pago de costas judiciales, estos correrían por cuenta del afiliado.

Número de Afiliación

**AUTORIZACIÓN BANCARIA E INFORMACIÓN**

Nombre y Apellidos

Con la presente firma autorizo a Vds, para que a partir de la fecha, pasen al cobro los recibos de las cuotas sindicales del SINDICATO MEDICO DE SEVILLA (S.M.S.), con cargo a mi cuenta. Del mismo modo confirmo haber sido informado de los párrafos correspondientes a LOPD y avisos de gastos de Asesoría.

Firma:

Sevilla, a \_\_de \_\_\_\_\_de 20\_\_.

**DATOS BANCARIOS**

<b>Banco</b>		<b>Domicilio</b>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>C.P.</b>	<b>Localidad</b>	<b>Provincia</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**IBAN (Código Internacional de Cuenta Bancaria)**

-  -  -  -  -

.....

**DOMICILIACION BANCARIA PARA LA ENTIDAD**

Nombre y Apellidos

Banco ó Caja de Ahorros

Domicilio de la Sucursal

Población  Provincia  C. P.

**IBAN (Código Internacional de Cuenta Bancaria)**

-  -  -  -  -

Autorizo a Vds., para que a partir de la fecha, abonen los recibos que con cargo a mi cuenta sean presentados por el SINDICATO MEDICO DE SEVILLA (S.M.S.)

Firma:

Sevilla, a \_\_de \_\_\_\_\_de 20\_\_.